



**You have downloaded a document from
RE-BUS
repository of the University of Silesia in Katowice**

Title: Koncepcja choroby psychicznej u dorastających

Author: Bernadeta Bulla, Alina Płonka

Citation style: Bulla Bernadeta, Płonka Alina. (2009). Koncepcja choroby psychicznej u dorastających. W: Z. Dołęga, M. John-Borys (red.), "Zdrowie psychiczne uczniów - różne konteksty i odniesienia" (S. 196-228). Katowice : Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.



Uznanie autorstwa - Użycie niekomercyjne - Bez utworów zależnych Polska - Licencja ta zezwala na rozpowszechnianie, przedstawianie i wykonywanie utworu jedynie w celach niekomercyjnych oraz pod warunkiem zachowania go w oryginalnej postaci (nie tworzenia utworów zależnych).



UNIwersytet ŚLĄSKI
W KATOWICACH



Biblioteka
Uniwersytetu Śląskiego



Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego

Bernadeta Bulla
Alina Płonka

Koncepcja choroby psychicznej u dorastających

Osobowość, w ujęciu Milтона Rokeacha (1973, za: Brzozowski, 1989, s. 3), jest systemem przekonań, w którym można wyodrębnić podsystemy — „przekonania na własny temat, system wartości ostatecznych i instrumentalnych, system postaw oraz pojedyncze postawy, przekonania o własnych zachowaniach, przekonania o postawach, wartościach, potrzebach i zachowaniach osób znaczących oraz przekonania o zachowaniu się obiektów niespołecznych”. System przekonań człowieka składa się z ogromnej liczby pojedynczych sądów — są one informacją, jaką osoba ma o danym obiekcie, prostym twierdzeniem, który akceptuje. Pewna grupa przekonań może dotyczyć różnych aspektów zdrowia psychicznego — będącego jednym z wymiarów zdrowia, podlegającego rozwojowi i zmianom w ciągu życia i rozpatrywanego w interakcjach ze środowiskiem — oraz choroby psychicznej.

Człowiek nie rodzi się z ustalonymi przekonaniami na temat tego, czym jest zdrowie psychiczne, jaka jest przyczyna chorób psychicznych, na czym polega podatność na chorobę psychiczną, jakie są metody leczenia i zapobiegania chorobom psychicznym, ani nie rodzi się z gotowymi postawami wobec chorych psychicznie. Dziecko, będąc czynnym i aktywnym psychicznie, w sposób naturalny dąży do **wiem**, do poznania i zrozumienia samego siebie i tego, co je otacza (Grzywacka-Kaczyńska, 1975). Myśląc, odzwierciedla rzeczywistość bezpośrednio — za pomocą zmysłów, i pośrednio — pojęciowo, odkrywając różne powiązania, współzależności, stosunki między przedmiotami, zdarzeniami i zjawiskami oraz prawidłowości rozwoju tego, co istnieje. **Wiem** dziecka, dotyczące zdrowia i choroby psychicznej, powstaje:

- w wyniku gromadzenia przez niego w domu rodzinnym informacji, których źródłem są przekonania członków rodziny na ten temat; rodzina jako grupa odniesienia wyznacza perspektywę poznawczą dziecka: doświadczenia rodzinne wpływają na sposób rozumienia, definiowania przez dzieci i dorastających pojęć związanych ze zdrowiem i chorobą psychiczną (por. J o h n - B o r y s, 2002);
- za pośrednictwem systemu przekonań przekazywanych przez nauczycieli w trakcie realizowania treści programów nauczania (przekazywanie odpowiedniej wiedzy, podejmowanie określonych działań w obszarze zdrowia i choroby, w tym choroby psychicznej);
- w rezultacie jego własnych doświadczeń w tym zakresie, zwłaszcza zdobytych w bezpośrednich kontaktach z osobami chorymi psychicznie;
- w efekcie doświadczeń zdobytych dzięki kontaktom pośrednim z osobami chorymi psychicznie, czyli dzięki oddziaływaniom szeroko rozumianej kultury, zwłaszcza mediów, propagujących obraz chorych psychicznie i modelujących postawy wobec nich (telewizja — programy naukowe, publicystyczne, filmy dokumentalne i fabularne, kino, literatura, teatr, czasopisma).

Wiedza na temat zdrowia i choroby psychicznej, którą dzieci i dorastający zgromadzili w wyniku podlegania — w sposób świadomy i nieświadomy — opisanym wcześniej wpływom, tworzy ich subiektywną wizję zdrowia i choroby psychicznej, zgodnie z którą funkcjonują. Z zasobem ich wiedzy, zarówno aktualnej, jak i potencjalnej, wiąże się — według Mirosława K o w a l s k i e g o (2006, s. 59) — odpowiedzialność za zdrowie. Wiedza ta pogłębia stopień ich refleksji nad zdrowiem psychicznym, mobilizuje do kreowania rzeczywistości sprzyjającej zdrowiu psychicznemu, uaktywnia wyobraźnię, intuicję, wolę i decyzje dotyczące bycia zdrowym. Również postawy dzieci i dorastających — aktualne i przyszłe — wobec chorych psychicznie zależą od ich indywidualnych poglądów i wiedzy na temat zdrowia psychicznego i zaburzeń psychicznych. Uznana jest bowiem zależność między świadomością człowieka, traktowaną jako istotny element rozumienia, wyjaśniania, a nawet przewidywania działań, a jego zachowaniem. Istnienie tej zależności pozwala, przez oddziaływanie na treści świadomości, podejmować próby kształtowania pożądanych zachowań ludzi (D o l i Ń s k a - Z y g m u n t, 2001, s. 45). Przekonania dotyczące zdrowia i choroby psychicznej formowane są na styku wiedzy i uczuć (por. G a w e ł, 2006, s. 131):

- wiedza obejmuje informacje o determinantach choroby, możliwościach poddania ich kontroli, przyczynach i przebiegu chorób, o działaniach prewencyjnych i profilaktycznych;

- komponent emocjonalny można uznać za nastawienie do zdrowia i choroby psychicznej oraz związanej z nimi aktywności; nastawienie to kształtowane jest w związku z hierarchią wartości preferowaną przez danego człowieka.

Problem

Koncepcja zdrowia i choroby psychicznej dorastających uczniów jest wynikiem ich doświadczeń „na płaszczyźnie biologicznej, emocjonalnej i społecznej, zasymilowanej w schematy poznawcze w procesie rozwoju” (M. John-Borys, 2002, s. 19). Pojmowanie zdrowia i choroby psychicznej ma charakter podmiotowy i zależy — według Marii John-Borys (2002, s. 9) — od spostrzegania tych zjawisk przez konkretne jednostki, które ujmują te pojęcia w kontekście swego indywidualnego doświadczenia. Pojmowanie zdrowia i choroby, w tym psychicznej, nie może być oderwane od indywidualnych właściwości osób: płci i wieku.

Przekonania uczniów na temat zdrowia psychicznego i zaburzeń psychicznych nie pozostają bez wpływu na ich postawy wobec własnego zdrowia psychicznego i wobec jego zaburzeń, oraz na postawy wobec chorych psychicznie. Zgromadzone przez uczniów informacje i przekonania o chorobie psychicznej mogą — według Bogdana Wojciszke (1999, s. 28) — mieć charakter wiedzy ogólnej (o istocie choroby psychicznej, przyczynach chorób psychicznych, o pewnych rodzajach zaburzeń psychicznych) bądź wspomnień (o konkretnych, spotkanych przez siebie osobach chorych psychicznie, o chorych bohaterach filmów dokumentalnych, fabularnych itp.). Rozróżnienie to nawiązuje do podziału pamięci na semantyczną — pamięć znaczeń, i pamięć epizodyczną — wspomnienia zdarzeń z własnej biografii (Tulving, 1972, za: Wojciszke, 1999, s. 28). Schemat poznawczy „choroba psychiczna” to podstawowy element wiedzy ogólnej ucznia, rozumiany jako rezultat jego uprzednich doświadczeń z chorobą psychiczną i z osobami chorymi psychicznie. Okres dorastania, sprzyjający zainteresowaniu zdrowiem i procesami zachodzącymi w organizmie, uznawany jest (por. John-Borys, 2002, s. 9) za stadium rozwoju operacji formalnych, które warunkują zdolność dorastającego do tworzenia opisów i wyjaśnień zjawisk rzeczywistości, wyprowadzania ogólnych konkluzji ze szczegółowych faktów. Płeć dorastających z kolei, jak to potwierdzają wyniki badań Marii John-Borys (2002, s. 136), wpływa na przypisywanie znaczeń emocjom i uczuciom w obrazie zdrowia i choroby. Dziewczeta znacznie częściej przywiązują wagę do tego czynnika niż chłopcy.

Dorastający uczniowie w wyniku dotychczasowych doświadczeń gromadzą wiedzę o chorobie psychicznej oraz o osobach chorych psychicznie. Celem autorek pracy jest wstępna próba odpowiedzi na pytanie o to, jaka jest koncepcja choroby psychicznej wśród dorastających uczniów.

Wyróżniono następujące szczegółowe pytania badawcze:

Jakie znaczenie uczniowie przypisują zdrowiu fizycznemu i zdrowiu psychicznemu? Czy znaczenie przypisywane obu rodzajom zdrowia różni się?

Jak uczniowie rozumieją pojęcie „zdrowie psychiczne”?

Jaka jest ich wiedza na temat:

- genezy chorób psychicznych;
- objawów choroby psychicznej;
- rodzajów chorób psychicznych;
- form leczenia osób chorych psychicznie i możliwości ich wyleczenia.

Czy wiedza o chorobie psychicznej dorastających uczniów ma związek z ich płcią i wiekiem?

Metoda badań

W badaniach wykorzystano ankietę „Człowiek i jego choroby” oraz próbę „Ja wobec zdrowia fizycznego i psychicznego”.

By udzielić odpowiedzi na postawione pytanie badawcze, dotyczące zakresu wiedzy uczniów na temat choroby psychicznej oraz stosunku badanych wobec chorych psychicznie zastosowano, skonstruowaną na potrzeby badań, ankietę „Człowiek i jego choroby”. Ankieta składała się z 7 pytań, za których pośrednictwem zwrócono się do badanych uczniów z prośbą o przedstawienie swoich przekonań na temat choroby psychicznej i chorych psychicznie, prosząc o:

- zdefiniowanie pojęcia „choroba psychiczna”;
- wymienienie przyczyn prowadzących do zachorowania na chorobę psychiczną;
- wskazanie okoliczności zwiększających podatność na chorobę psychiczną;
- opisanie objawów choroby psychicznej;
- podanie przykładów znanych sobie chorób psychicznych;
- przedstawienie swoich poglądów na możliwość wyleczenia się z choroby psychicznej;
- wyliczenie znanych sobie form pomocy chorym psychicznie.

Aby poznać znaczenie przypisywane przez dorastających takim wartościom, jak zdrowie fizyczne i zdrowie psychiczne, posłużono się skonstruowaną na potrzeby badań próbą „Ja wobec zdrowia fizycznego i psychicznego”. W próbie tej proszono badanych o uporządkowanie podanych wartości według ich ważności dla siebie. Wśród wartości były i te, które Milton Rokeach (B r o z o w s k i, 1989) zaliczył do grupy wartości ostatecznych (autotelicznych), a także wartości ważne ze względu na cel badania: zdrowie i zdrowie psychiczne. Oto lista wartości, stanowiących podstawę tworzonej przez badanych indywidualnej hierarchii wartości: bezpieczeństwo rodziny, dojrzała miłość, dostatnie życie, mądrość, poczucie dokonania, poczucie własnej godności, pokój na świecie, prawdziwa przyjaźń, przyjemność, równowaga wewnętrzna, równość, szczęście, świat piękna, uznanie społeczne, wiara, wolność, zdrowie, zdrowie psychiczne, życie pełne wrażeń. Przyjęto, że wskaźnikiem znaczenia, które badani przypisują wartościom **zdrowie i zdrowie psychiczne**, jest deklarowane przez nich miejsce tych wartości w ich hierarchii wartości.

Badania przeprowadzono w kwietniu i maju 2005 roku. Badania odbywały się w szkole podstawowej (klasa V, wiek około 12 lat), gimnazjum (klasa II, wiek około 15 lat), liceum oraz technikum (klasa II, wiek około 18 lat), w jednym z miast województwa małopolskiego, za zgodą dyrekcji każdej z wymienionych szkół. Doboru grup dokonano losowo.

Badania przeprowadziła magistrantka Wydziału Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Śląskiego Alina Płonka, w ramach seminarium magisterskiego, pod kierunkiem Bernadety Bulli. Charakterystykę wieku i płci badanych przedstawia tabela 1.

Tabela 1

Charakterystyka osób badanych

Płeć	Typ szkoły			Razem
	SP	G	LO / Tech	
Dziewczeta	17	33	26	76
Chłopcy	18	30	33	81
O g ó ł e m	35	63	59	157

Wyniki badań

Koncepcja choroby psychicznej badanych uczniów to ich wiedza o chorobie psychicznej i chorych psychicznie, konstruowana w kontekście ich

życiowego doświadczenia (Resenick, 1987, za: John-Borys, 2002, s. 19). System przekonań uczniów dotyczących choroby psychicznej i chorych psychicznie składa się z wielu pojedynczych przekonań. Przekonania te mogą dotyczyć znaczenia, które uczniowie przypisują zdrowiu fizycznemu i zdrowiu psychicznemu. Przekonania owe mogą stanowić — według Milтона Rokeacha (1973, za: Brzozowski, 1989, s. 3) — wartość podsystemu wartości autotelicznych lub też być elementami systemu postaw — poglądów, uczuć i zachowań przejawianych przez uczniów wobec choroby psychicznej i chorych psychicznie. Zebrane w wyniku przeprowadzonych badań dane oraz ich analiza stanowią podstawę do podjęcia wstępnej próby:

- omówienia i porównania znaczenia przypisywanego przez badanych uczniów zdrowiu i zdrowiu psychicznemu;
- opisanie stanu wiedzy badanych uczniów na temat przyczyn utraty zdrowia psychicznego, objawów choroby psychicznej, podatności na zachorowanie psychiczne, metod leczenia chorych psychicznie i ich skuteczności.

Znaczenie przypisywane przez dorastających uczniów zdrowiu fizycznemu i zdrowiu psychicznemu

W potocznej świadomości zdrowotnej uczniów (por. Dolińska-Zygmunt, 2001, s. 52—63) wyróżnić można obszar wartościowania zdrowia i szczegółowo zdrowia psychicznego. Zdrowie jako jedna z wartości egzystencjalnych odgrywa istotną rolę w życiu człowieka, ponieważ (Kowalski, 2006, s. 55):

- nie odnosi się wartości zdrowia tylko do aspektów teoretycznych, ale i żyje się nią, gdyż zdrowie jako wartość konkretyzuje się na płaszczyźnie ludzkiego życia;
- istnienie tej wartości bezpośrednio wiąże się z poczuciem odpowiedzialności i z podejmowaniem określonych decyzji w obszarze zdrowia;
- służy twórczemu byciu jednostki — poczucie wartości zdrowia stabilizuje funkcjonowanie oraz poprawia jakość życia (w aspekcie życia uporządkowanego według określonych zasad — przyjęcie wymagań stawianych sobie i kierowanie życiem);
- jest czynnikiem motywującym, który określa — w ujęciu temporalnym — stosunek do otaczającego świata, inspirowanie do działania, ukierunkowanie ku podmiotowości;
- uaktywnia wyobraźnię, skojarzenia oraz intuicję, wzmacnia wolę i gotowość do podejmowania decyzji przez jednostkę, co sprzyja tworzeniu modeli zdrowia;

— nadaje życiu znaczenie oraz sens — staje się drogą do odkrywania, realizowania i utrwalania sensu.

Zgodnie z założeniami koncepcji Milтона Rokeacha (1973, za: Brzozowski, 1989, s. 5) wszyscy ludzie, niezależnie od miejsca i czasu, w którym żyją, cenią te same wartości, chociaż w niejednakowym stopniu, stąd zdrowie i zdrowie psychiczne może w hierarchiach wartości różnych osób, w zależności od przypisywanego im przez nich znaczenia, zajmować różne miejsca.

Aby udzielić odpowiedzi na pytanie, jakie znaczenie dorastający przypisują zdrowiu i zdrowiu psychicznemu, oraz na pytanie, czy znaczenie przypisywane przez badanych zdrowiu fizycznemu i psychicznemu różni się, dokonano analizy wyników uzyskanych za pomocą stworzonej na potrzeby pracy próby „Ja wobec zdrowia fizycznego i psychicznego”. Poszczególne wartości zdobywały określone rangi — zestawiono je, stworzono sumy rang, które również porangowano, tworząc hierarchie wartości badanych dorastających: dziewcząt i chłopców oraz uczniów w wieku 12 lat (klasa V szkoły podstawowej), 15 lat (klasa II gimnazjum), 18 lat (klasa II liceum, technikum).

Znaczenie, które badani dorastający przypisali wartościom, szczególnie zdrowiu i zdrowiu psychicznemu, przedstawiono w tabeli 2.

Analiza danych przedstawionych w tabeli 2. pozwala zauważyć, że badani uczniowie, niezależnie od płci i wieku (rodzaju szkoły), przypisywali duże znaczenie zdrowiu, umieszczając je centralnie w swych hierarchiach wartości, tuż za bezpieczeństwem rodziny.

Zdrowiu psychicznemu uczniowie przypisali mniejsze znaczenie (7 ranga). Dziewczęta ceniły zdrowie psychiczne nieco bardziej (7 ranga) niż chłopcy (8 ranga). Uwzględniając wiek badanych, zauważamy, że znaczenie przypisywane tej wartości maleje (SP — 5 ranga, gimnazjum — 8 ranga, LO / Tech — 9 ranga).

Można więc przypuszczać, że znaczenie, które dorastający uczniowie przypisali zdrowiu i zdrowiu psychicznemu zależało od tego, czy wartości te cenili członkowie systemów, do których należeli — systemu rodzinnego, szkolnego. Na przejmowanie przez dorastających wartości cenionych w rodzinie ma wpływ poziom postrzeganej spójności ich systemu rodzinnego (Bulla, 2004; Płonka, 2006). Również system szkolny, za pośrednictwem propagowanych informacji, ustosunkowań i zachowań, może sprzyjać poszerzaniu się schematów poznawczych uczniów o nowe przekonania dotyczące zdrowia i choroby psychiczne.

Podjmując próbę wyjaśnienia różnic w znaczeniu przypisywanemu zdrowiu i zdrowiu psychicznemu, można te różnice rozpatrzeć w perspektywie medialno-edukacyjnego ujmowania zdrowia jako wartości, które za-

Tabela 2

**Znaczenie przypisywane przez dorastających zdrowiu
i zdrowiu psychicznemu z uwzględnieniem ich płci i wieku**

Wartości	Rangi					Σ
	Typ szkoły			Płeć		
	SP	G	LO / Tech	dz	chł	
Bezpieczeństwo rodziny	1	1	1	1	1	1
Dojrzała miłość	6	6	2	6	2	4
Dostatnie życie	10	9	18	12	5	11
Mądrość	9	5	6	8	7	8
Poczucie dokonania	16	16	14	16	16	16
Poczucie własnej godności	15	12	8	10	11	9
Pokój na świecie	8	10	19	11	10	13
Prawdziwa przyjaźń	4	4	5	4	6	5
Przyjemność	14	15	13	15	13	15
Równowaga wewnętrzna	12	14	11	13	15	12
Równość	17	13	12	14	14	14
Szczęście	7	7	4	5	9	6
Świat piękna	19	18	17	19	19	19
Uznanie społeczne	18	17	15	17,5	18	18
Wiara	2	2	7	2	4	3
Wolność	11	11	10	9	12	10
Zdrowie	3	3	3	3	3	2
Zdrowie psychiczne	5	8	9	7	8	7
Życie pełne wrażeń	13	19	16	17,5	7	17

proponował Mirosław Kowalski (2006, s. 71—87). Zgodnie z zaproponowanym ujęciem, można przyjąć, że tak duże znaczenie przypisywane zdrowiu i zdrowiu psychicznemu dałoby się wyjaśnić m.in. wpływem na przekonania uczniów trwałych elementów ich środowiska życia — telewizji i internetu, rozumianych jako czynniki socjalizacyjne. Media te występują często jako czynnik tworzący, a nie dopełniający informację — rola obrazu ulega wyraźnemu rozszerzeniu, a jego znaczenie rośnie dopiero w połączeniu z wiedzą, odczuciami i warunkami, w których dokonuje się jego odbiór. Mediatyzacja życia codziennego sprawia, że zmienia się kierunek indywidualnego rozumienia kultury zdrowotnej. Zwiększa się zakres wiedzy o zdrowiu i jego zagrożeniach. Współczesna rzeczywistość pro-

cesów socjalizacyjnych i inkulturacyjnych w obszarach odnoszących się do zdrowia jako wartości, przyczyniać się może do wzrostu deklarowanego znaczenia przypisywanego zdrowiu. Reklamowanie zachowań sprzyjających zdrowiu — przez kreowanie poczucia winy — może utwierdzać w przekonaniu o słuszności traktowania ludzi jako „konsumentów”, a zdrowia jako „towaru”. Postawy te, związane z obowiązującą i propagowaną w mediach ideą utrzymania zdrowia w dobrym stanie, mogą sprawiać, że odbiorca odczuwa przymus przyjęcia określonego stylu i rytmu życia. Nakazy, zakazy, porady profesjonalistów z zakresu medycyny, zawarte w medialnym przekazie, dotyczą przede wszystkim zdrowia w wymiarze fizycznym. Rzadziej odnoszą się do zagadnień związanych z funkcjonowaniem w obszarze zdrowia psychicznego, duchowego, z wyjątkiem sytuacyjnych przekazów związanych np. z dniem poświęconym depresji, schizofrenii.

Wiedza dorastających o chorobach psychicznych

Koncepcję, jaką mają dorastający na temat choroby psychicznej, można analizować, opisując, jak rozumieją oni pojęcie choroby psychicznej, oraz próbując scharakteryzować ich przekonania o przyczynach i specyfice objawów tej choroby, czynnikach podatności na nią, o rodzajach chorób psychicznych, możliwościach wyleczenia i skuteczności udzielanej chorym psychicznie pomocy.

Rozumienie przez dorastających pojęcia „choroba psychiczna”

Źródłem wiedzy o rozumieniu przez dorastających pojęcia choroby psychicznej była analiza definicji, jakie oni utworzyli. Badani, definiując to pojęcie, wymienili 56 różnych desygnatów. Definicje pogrupowano i wyróżniono następujące ich kategorie:

- przyczyny, źródła choroby psychicznej — to choroba związana z zaburzeniami mózgu, choroba umysłu, choroba oparta na zniszczonej psychice, choroba na tle psychicznym, choroba człowieka, który nie doświadczył miłości, choroba wywołana przez trudne problemy, konflikty, wypadki losowe, stan nabyty lub przekazany w genach, choroba duszy, upośledzenie mózgu, zmiany w postępowaniu i w myśleniu na skutek silnych przeżyć psychicznych, zespół chorób wpływających na stan rozumu, inteligencji oraz świadomości;
- jednostki chorobowe i ich symptomy psychiczne — opóźnienie w rozwoju, człowiek z zespołem Downa, obłąkany, z depresją, urojeniami, zaburzeniami emocjonalnymi, zaburzeniami osobowości, świadomości, z zaburzeniami psychicznymi, załamany nerwowo / psychicznie;

- specyfika, nietypowość zachowań osoby chorej psychicznej — robienie czegoś innego niż normalni ludzie, inne zachowanie się, niezrównoważenie psychiczne, napady złości (znęcanie się), niepanowanie nad emocjami, nad sobą, niekontrolowanie tego, co się robi, nieumiejętność podjęcia decyzji, skłonność do wszystkiego, brak świadomości swych czynów, zapatrzenie w siebie, brak zainteresowania czymkolwiek, nadpobudliwość, poczucie niepotrzebności, wielka nerwowość, stan rozdwojenia jaźni, nieprzewidywalność czynów, posiadanie swego odrębnego, zamkniętego świata, nienormalne irracjonalne postępowanie, podenerwowanie;
- konsekwencje choroby psychicznej — unikanie kontaktu z otoczeniem, stres, niezdolność do samodzielnego życia, upośledzenie funkcjonowania społecznego, nieumiejętność zachowania się w większości sytuacji, poradzenia sobie z sobą, przeżywanie cierpienia, lęku i zahamowania, brak tolerancji ze strony innych;
- specyfika leczenia — choroba, którą można wyleczyć u psychologa, chorey psychicznie powinien zażywać leki, jest to choroba nieuleczalna.

Pojawiło się również 7 odpowiedzi „nie wiem”, a 36 badanych nie udzieliło żadnej odpowiedzi.

Częstotliwość występowania wyróżnionych kategorii definicji choroby psychicznej, z uwzględnieniem wieku i płci badanych, przedstawiono w tabeli 3.

Tabela 3

**Sposoby definiowania przez dorastających choroby psychicznej
(w procentach)**

Kategorie definicji	Typ szkoły			Płeć		Σ
	SP	G	LO / Tech	dz	chł	
Przyczyny, źródło choroby psychicznej	41,4	31,8	34,0	32,5	37,3	34,5
Jednostki chorobowe i ich symptomy psychiczne	17,2	7,9	8,0	8,4	11,9	9,9
Specyfika, nietypowość zachowań osoby chorej psychicznie	24,0	52,4	48,0	45,8	44,1	45,1
Konsekwencje choroby psychicznej	6,9	7,9	10,0	10,8	5,1	8,5
Specyfika leczenia	10,3			2,4	1,7	2,1
Σ	29	63	50	83	59	142

- Analizując uzyskane wyniki, można zauważyć, że:
- chorobę psychiczną najczęściej (45,1%) definiowano — niezależnie od płci badanych — opisując specyfikę i nietypowość zachowań osoby chorej, a także wskazując przyczyny choroby psychicznej (34,5%); wymieniano również znane przykłady chorób psychicznych (9,9%) oraz konsekwencje choroby psychicznej; tylko niewiele spośród podanych definicji sprowadzało się do opisu specyfiki leczenia;
 - definicje dziewcząt częściej (10,8%) niż chłopców (5,1%) koncentrowały się wokół konsekwencji chorób psychicznych oraz zawierały opis specyfiki leczenia chorych (dziewczeta — 2,4%, chłopcy — 1,7%); definicje chłopców częściej niż dziewcząt dotyczyły genezy choroby psychicznej (chłopcy — 37,5%, dziewczeta — 32,5%), jednostek chorobowych i symptomów choroby (chłopcy — 11,9%, dziewczeta — 8,4%); wszystkie te różnice nie osiągnęły wymaganego poziomu istotności statystycznej;
 - wraz z wiekiem badanych spośród kategorii definicji choroby psychicznej częściej akcentowano nietypowość zachowań osób chorych psychicznie (SP — 24,0%, G — 52,4%, LO / Tech — 48,0%), a także konsekwencje choroby (SP — 6,9%, G — 7,9%, LO / Tech — 10,0%); z wiekiem badanych mniej było natomiast definicji opisujących genezę choroby psychicznej (SP — 41,4%, G — 31,8%, LO / Tech — 34,0%) oraz zawierających przykłady chorób psychicznych i ich symptomów (SP — 17,2%, G — 7,9%, LO / Tech — 8,0%); wszystkie wymienione różnice nie osiągnęły wymaganego poziomu istotności statystycznej.

Obraz choroby psychicznej utworzony na podstawie definicji, które sporządzili badani uczniowie, składa się z:

- informacji posiadanych przez nich na temat istoty choroby psychicznej;
- dowodów prób zrozumienia przez nich czynników wewnętrznych i zewnętrznych, sprzyjających powstaniu zaburzeń, i ich przemyśleń na temat podatności na zachorowanie (pojawily się dowody rozumienia przez nich działania praw torowania i tła);
- zestawu objawów fizycznych i psychologicznych, świadczących o toczącym się procesie chorobowym;
- inwentarza konsekwencji bliższych i dalszych choroby;
- zespołu tych konsekwencji choroby, które, w opinii badanych, dowodzą jej specyficzności.

Można przyjąć, iż informacje uczniów na temat choroby psychicznej poszerzają i pogłębiają ich świadomość społeczną. Pozwalają zajmować bardziej tolerancyjne postawy wobec grup w jakiś sposób innych. Taką grupą są osoby chore psychicznie, których liczba w społeczeństwie rośnie. Wiedza w tym szczególnym zakresie może ograniczyć zakres stereotypów spo-

łecznych, które utrudniają ludziom porozumiewanie się, i ułatwiać dorastającym odpowiedzialne zachowanie.

Objawy choroby psychicznej w percepcji dorastających

By poznać kryteria, na których podstawie dorastający badani uznawali konkretne postępowanie za wskaźnik choroby psychicznej, poproszono ich o odpowiedź na następujące pytanie: Po czym można poznać, że ktoś jest chory psychicznie? Opisz, jak taka osoba wygląda, jak się zachowuje. W odpowiedzi badani wymienili 97 różnych wskaźników, symptomów, objawów, oznak choroby psychicznej, które pogrupowano i utworzono 4 kategorie: objawy psychologiczne, objawy dotyczące zachowania, objawy fizyczne, inne.

Wśród objawów psychologicznych wyróżniono następujące symptomy świadczące o chorobie psychicznej danej osoby:

- niepokój, lęk, strach, obawy — odczuwa strach przed niektórymi wspomnieniami, rozgląda się dookoła, boi się, odczuwa lęk i niepokój;
- konfliktowość — zaczepia wszystkich, jest problemowa, dokucza innym;
- załamanie się — jest załamana;
- smutek — jest smutna, oswiała, może często płakać, bez poczucia humoru;
- bierność emocjonalna, izolowanie się — jest cicha, milcząca, zamyślna, flegmatyczna, zamknięta w sobie, nie reaguje, obojętna, nieobecna, zmęczona, unika rozmów o swych problemach, ma swój własny świat, na niczym jej nie zależy, niczym się nie interesuje, nie ma chęci do życia, nie chce nigdzie wychodzić, nic jej się nie chce, zagubiona w świecie, nie chce jej się rozmawiać, nie chce nic mówić;
- urojenia, mania prześladowcza — czuje się prześladowana, ma przewidzenia, urojenia;
- nie zrównoważenie, — zachwiana równowaga psychiczna — ma zmiany nastroju, nie panuje nad swymi emocjami;
- rozdrażnienie, denerwowanie się — szybko i prawie w każdej sytuacji denerwuje się, jest nerwowa, nadpobudliwa, niespokojna, wszystko ją drażni;
- zaburzenia procesów poznawczych; zaburzenia świadomości — jest nie logiczna, nie myśli, mówi głupstwa, dziwne rzeczy, mówi „od rzeczy”, jest roztrzępana, nie potrafi przewidzieć konsekwencji swego zachowania, nie myśli racjonalnie, jest lekkomyślna, rozkojarzona, ma problemy z koncentracją, ma zaburzenia świadomości, jest nieświadoma sytuacji, czasami nie pozwala sobie pomóc, nie wie, co robi, słabo się uczy, robi wszystko bezmyślnie, nie kontaktuje;

- odrzucenie, osamotnienie — nie ma przyjaciół, żyje w odosobnieniu, izoluje się, przeważnie jest odrzucana, ma problemy z nawiązaniem kontaktu, jest wyśmiewana i poniżana;
- nieetyczność — zachowuje się nieetycznie, niemoralnie, nie potrafi odróżnić dobra od zła, nie zważa na słowa, jest wulgarna;
- skłonność do uzależnień — z nerwów pali więcej papierosów, szybko wpada w nałóg, ma nałogi, pije alkohol, zażywa narkotyki;
- poczucie niskiej wartości — czuje się niedowartościowana, niepotrzebna, ma niską samoocenę, jest wrażliwa na krytykę otoczenia;
- agresywność — rzuca przedmiotami, bywa agresywna, ma skłonności samobójcze.

Wśród objawów dotyczących specyficznych zachowań, osoby chorej psychicznie wyróżniono:

- nieadekwatność zachowań — zachowuje się dziwnie, irracjonalnie, niemoralnie, mówi do siebie, ma dziwne pomysły, śmieje się ze wszystkiego, ośmiesza się, zachowuje się inaczej, nieodpowiednio do sytuacji, ubiera się nieodpowiednio, źle się zachowuje, ma dziwne problemy;
- nieprzewidywalność, nieobliczalność — jest zdolna do wszystkiego, krzyczy bez powodu, ma napady szału, jest wybuchowa, ma napady złości, jest nieobliczalna, nieprzewidywalna;
- zaniedbanie zewnętrzne — jest nieuczesana, brudna, niezadbana.

Do specyficznych objawów fizycznych zaliczono: dziwny, charakterystyczny wygląd, kiwanie się, obgryzanie paznokci, przewracanie oczami, podwyższony poziom adrenaliny, niejedzenie, lenistwo, opóźnienie w rozwoju, senność; taka osoba dużo śpi, słaba, jest spięta, ma inny układ czaszki, ma zwolnioną reakcję, mówi niewyraźnie, ma specyficzne, niekontrolowane odruchy, tiki, cierpi na bezsenność, wydaje dziwne odgłosy.

Wśród innych cech osoby chorej psychicznie uczniowie wymienili: czasem nie odróżnia się wyglądem od innych, wygląda normalnie, jest ufna, nie potrafi wykonać prostych czynności, potrzebuje opieki społecznej.

Badani odpowiadali również „nie wiem” — 5 osób, a 32 osoby nie udzieliły żadnej odpowiedzi. Częstotliwość występowania wymienionych przez badanych symptomów choroby psychicznej zestawiono w tabeli 4.

Analizując otrzymane wyniki, można zauważyć, że badani najczęściej wśród symptomów choroby psychicznej wskazywali na objawy psychologiczne (66,3%), rzadziej oceniali specyfikę zachowania osoby chorej (21,3%), najrzadziej (9,5%) wskazywali fizyczne, zewnętrzne oznaki jej zachowania. Z porównania danych zawartych w tabeli wynika, że objawy, które wskazywały dziewczęta, różnią się od tych wymienianych przez chłopców (Chi kwadrat — 6,89, $p < 0,05$). I tak objawy psychologiczne były częściej wskazywane przez dziewczęta (71,1%) niż przez chłopców (58,3%).

Tabela 4

Objawy choroby psychicznej (w procentach)

Objawy		Typ szkoły			Płeć		Σ
		SP	G	LO / Tech	dz	chł	
Psychologiczne	niepokój, lęk, strach, obawy	2,4	7,1	3,5	3,3	8,1	4,9
	konfliktowość	4,9	3,1	1,2	2,7	2,7	2,7
	załamanie się		1		0,7		0,5
	smutek	7,3	4,1	4,7	6,0	2,7	4,9
	bierność emocjonalna, izolowanie się	17,1	20,4	23,5	21,3	20,3	21,0
	urojenia, mania prześladowcza	2,4	3,1	1,2	1,3	4,1	2,2
	niezrównoważenie		2,0	3,5	2,7	1,4	2,2
	rozdrażnienie, denerwowanie się	9,8	20,4	25,9	17,3	27,0	20,5
	zaburzenia procesów poznawczych; zaburzenia świadomości	26,8	13,3	21,2	22,7	10,8	18,8
	odrzućenie, osamotnienie		13,3	8,2	8,7	9,5	8,9
	nieetyczność	2,4		5,9	2,0	4,1	2,7
	skłonność do uzależnień	12,2	3,1	1,2	4,0	4,1	4,0
	poczucie niskiej wartości	4,9	2		2,8		1,8
	agresywność	9,8	7,1		4,7	45,4	4,9
	Σ	57,8	65,8	72	71,1	58,3	66,3
Dotyczące zachowania	nieadekwatność zachowań	93,3	65,7	72,7	70,3	77	73,6
	nieprzewidywalność, nieobliczalność	6,7	20,0	27,3	21,6	17	19,4
	zaniedbanie zewnętrzne		14,3		8,1	5,7	6,9
Σ		21,1	23,5	18,6	17,5	27,6	21,3
Specyficzne objawy fizyczne		18,3	7,4	6,8	8,1	11,8	9,5
Inne		2,8	3,4	2,5	3,3	2,4	3,0
O g ó ł e m		71	149	118	211	127	338

Specyficzne zachowania osób chorych psychicznie pojawiały się częściej wśród objawów choroby, które wymieniali chłopcy (27,6%) niż dziewczęta (17,5%). Uwzględniając wiek badanych, stwierdzono istotne statystycznie różnice (Chi kwadrat — 9,584, $p < 0,05$). I tak możemy zauważyć, że wraz z wiekiem badanych wśród wymienianych przez nich objawów choroby

częściej pojawiały się objawy psychologiczne (SP — 57,8%, G — 65,8%, LO / Tech — 72,0%), a rzadziej — szczególnie na poziomie szkoły ponadgimnazjalnej — objawy dotyczące nieprzewidywalności zachowania chorego (G — 23,5%, LO / Tech — 18,6%) czy objawy fizyczne (SP — 18,3%, G — 7,4%, LO / Tech — 6,8%).

Spośród objawów psychologicznych choroby psychicznej najczęściej wymieniano bierność emocjonalną i tendencję do izolowania się chorych (21,0%), rozdrażnienie i skłonność do denerwowania się (20,5%), zaburzenia procesów poznawczych i zaburzenia świadomości (18,8%), odrzucenie chorych przez innych i ich osamotnienie (8,9%). Wśród objawów choroby dziewczęta częściej niż chłopcy wyróżniały smutek, niezrównoważenie, zaburzenia funkcjonowania poznawczego chorych i zaburzenia ich świadomości, natomiast chłopcy częściej wymieniali takie objawy psychiczne, jak: rozdrażnienie i zdenerwowanie, lęk i strach, urojenia. Z wiekiem badani rzadziej do objawów choroby zaliczali konfliktowość, smutek, osamotnienie i odrzucenie, skłonność do uzależnień i agresywność, częściej natomiast — rozdrażnienie i skłonność do denerwowania się, bierność emocjonalną i skłonność do izolowania się, niezrównoważenie. Częstotliwość wymieniania niektórych objawów choroby przez badanych, wraz z ich wiekiem, rosła i malała (lęk i strach) lub malała i rosła (zaburzenie funkcjonowania poznawczego i świadomości).

Wśród objawów choroby psychicznej związanych ze specyficznym zachowaniem chorych najczęściej wymieniano nieadekwatność (73,6%). Częściej wyróżniali ją chłopcy (77,0%) niż dziewczęta (70,3%), a z wiekiem badanych częstotliwość jej występowania wykazywała tendencję rosnąco-malejącą (SP — 93,3%, G — 65,7%, LO / Tech — 72,7%). Nieprzewidywalność (19,4%) częściej wymieniały dziewczęta (21,6%) niż chłopcy (17,0%), a jej częstotliwość występowania wzrastała wraz z wiekiem badanych (SP — 6,7%, G — 20,0%, LO / Tech — 27,3%).

Większość zaburzeń funkcji psychicznych czy zaburzeń zachowania definiuje się za pomocą opisów społecznych zachowań jednostki, które odnoszone są do norm, a odstępstwo od nich można nazwać patologią (Czabała, 1999, s. 561). Taką normą są również normy etyczne — stąd dla pewnej grupy badanych objawem choroby psychicznej bywały te zaliczone do kategorii nieetyczność. Wybór przez dorastających określonych objawów choroby psychicznej może świadczyć o tym, że są oni świadomi, iż choroba uniemożliwia osobom nią dotkniętym regulowanie swych relacji z otoczeniem (Lewicki, 1978, za: Sęk, 2001, s. 74). Wiedzą, że choroba, zaburzająca zachowania w aspekcie poznawczym (orientacja w otoczeniu i samoorientacja) i motywacyjno-emocjonalnym, nie pozwala chorym psychicznie na zaspokojenie ich potrzeb, wywiązywanie się z zadań rozwojowych i na rozwiązywanie kryzysów rozwojowych. Rodzaj wymienionych

objawów wskazuje, że dorastający, oceniając chorego psychicznie, koncentrują się nie tylko na nieracjonalności, dziwaczności i nieprzewidywalności zachowań chorego psychicznie, ale również na możliwych do dostrzeżenia trudnościach chorych w przystosowaniu, a także potrafią wczuć się w ich sytuację i uświadomić sobie bezmiar cierpienia, będący udziałem chorych — lęk, smutek, osamotnienie.

Poglądy dorastających na genezę chorób psychicznych

Wyjaśniając przyczyny choroby psychicznej, można przyjąć perspektywę genetyczną (Brzezińska, 2000, Sęk, 2001, s. 197). Zgodnie z nią każdy rodzaj zaburzeń stanowi wynik współdziałania czynników biologicznych, psychologicznych i społecznych. Powstaniu różnego rodzaju patologii (jednostkowych — patologia „Ja”, interakcyjnych — patologia więzi, grupy, lub systemu — patologia małżeństwa, rodziny) sprzyjają wzajemne interakcje między ludźmi, sposoby zaspokajania potrzeb i realizacji zadań życiowych. Rzadko można znaleźć współcześnie choroby, których genezą jest jeden czynnik etiologiczny, całkowicie warunkujący powstanie choroby oraz jej przebieg (Sęk, 2001, s. 51). Czynniki te w różny sposób oddziałują na siebie, a interakcja ta dodatkowo może podlegać zmianom w toku rozwoju ontogenetycznego jednostki.

By poznać stan wiedzy dorastających na temat złożonych okoliczności poprzedzających ujawnienie się zaburzonego zachowania, a także ich przekonań o mechanizmie współwystępowania czynników warunkujących zachorowanie, poproszono ich o odpowiedź na pytanie: Jak myślisz, co może być przyczyną zachorowania na chorobę psychiczną?

Udzielając odpowiedzi na pytanie o przyczyny zachorowania na chorobę psychiczną, dorastający wymienili łącznie 66 różnych okoliczności. Przyczyny te pogrupowano i utworzono dwie główne kategorie: biologiczne i psychologiczne.

- W kategorii biologicznych wyróżniono następujące rodzaje przyczyn:
- genetyczne — dziedziczenie, wady genetyczne;
 - choroby i uszkodzenia mózgu — niewłaściwa budowa mózgu, niedotlenienie mózgu, nieprawidłowości w mózgu, uraz głowy, mózgu, wstrząs lub guz mózgu;
 - konsekwencje innych chorób — powikłania po chorobie, wylew, zły stan zdrowia;
 - wypadki;
 - niewłaściwy tryb życia — brak odpoczynku, przepracowanie;
 - inne — wszystko, zarażenie się chorobą psychiczną, zażywanie anaboliików.

W kategorii psychologicznych wyodrębniono następujące rodzaje przyczyn:

- niezaspokojenie potrzeby miłości i przynależności (w rodzinie — brak kontaktu z rodziną, brak miłości, wsparcia i opieki, patologia rodziny, problemy rodzinne, relacje z rodzicami, rozpieszczanie, rozwód rodziców, trudne dzieciństwo, uraz z dzieciństwa, tragedia rodzinna; w grupie rówieśników — brak bliskich przyjaciół, brak rozmów, odrzucenie i poniżanie ze strony innych, odrzucenie przez ukochaną osobę, otoczenie, inne osoby, relacje z rówieśnikami, rozstanie z bliską osobą, samotność, śmierć bliskiej osoby, zły wpływ otoczenia); potrzeby bezpieczeństwa (brak pieniędzy, brak pracy, niebezpieczeństwa, zastraszanie przez osoby starsze); potrzeby samorealizacji (niskie poczucie własnej wartości);
- stresy i nieradzenie sobie z nimi — kłopoty w szkole / pracy, częste martwienie się, dręczenie się myślami, kłótnie, problemy, nagłe wydarzenia, nieradzenie sobie z problemami i ze stresem, wiele złych rzeczy, zagubienie się w świecie realnym (szybki postęp techniki), zmęczenie psychiczne, częste przeżywanie trudnych sytuacji życiowych, stres, traumatyczne przeżycia;
- konsekwencja uzależnienia — częste chodzenie do dyskotek, nadmierne spożywanie alkoholu, sekty, uzależnienie, zażywanie narkotyków;
- konsekwencja depresji i nerwicy — długotrwałe przygnębienie, depresja, nerwica, wyolbrzymianie problemów, prowadzące do depresji;
- konsekwencja błędnej socjalizacji — zły przykład starszych, niewychowanie przez rodziców;
- konsekwencja doświadczania agresji fizycznej i psychicznej — przemoc fizyczna, psychiczna, przemoc seksualna (gwałt, molestowanie);
- czynniki psychiczne — słaba psychika, załamanie się, zamknięcie się w sobie, wstrząsy psychiczne, urazy psychiczne.

Na pytanie o przyczyny zachorowania na chorobę psychiczną 37 osób nie udzieliło odpowiedzi. Wymienione przez badanych szczegółowe przyczyny chorób psychicznych zestawiono w tabeli 5.

Analizując przedstawione dane, można zauważyć, że badani częściej za przyczynę zachorowania na chorobę psychiczną uznawali czynniki psychologiczne (81%) niż biologiczne (19,1%). Uwzględniając płeć badanych, możemy zauważyć różnice istotne statystycznie (Chi kwadrat — 4,256, $p < 0,05$). Przyczyny biologiczne wskazywały częściej dziewczęta (21,3%) niż chłopcy (15,1%), którzy z kolei przyczyny psychologiczne wymieniali częściej (84,9%) niż dziewczęta (78,7%). Uwzględniając wiek badanych, stwierdzono różnice, które nie osiągnęły wymaganego poziomu istotności ($p > 0,05$), jednak zauważono, że wraz z wiekiem badanych rzadziej wska-

Tabela 5

Przyczyny zachorowania na chorobę psychiczną (w procentach)

Przyczyny		Typ szkoły			Płeć		Σ
		SP	G	LO / Tech	dz	chł	
biologiczne	genetyczne	27,3	34,8	31,8	30,0	37,5	32,1
	choroby, uszkodzenia mózgu	36,4	21,7	4,6	15,0	25,0	17,9
	konsekwencje innych chorób		21,7		10,0	6,3	8,9
	wypadki	18,2	13	22,7	20,0	12,5	17,9
	niewłaściwy tryb życia			31,8	17,5		12,5
	inne	18,2	8,7	9,1	7,5	18,8	10,7
Σ		32,4	17,4	17,2	21,3	15,1	19,1
psychologiczne	niezaspokojenie potrzeby miłości i przynależności w rodzinie	13	18,4	15,1	18,2	13,3	16,4
	niezaspokojenie potrzeby przynależności w kontaktach z rówieśnikami	26,1	21,1	23,6	23	22,2	22,7
	niezaspokojenie potrzeby bezpieczeństwa		3,7	1,9	2	3,3	2,5
	niezaspokojenie potrzeby samorealizacji		1,8		1,35		0,8
	stresy i nieradzenie sobie z nimi	30,4	22,9	31,1	27	27,8	27,3
	konsekwencje uzależnienia	4,4	15,6	13,2	12,2	15,6	13,5
	konsekwencje depresji i nerwicy	4,4	1,8	1,9	2,7	1,1	2,1
	konsekwencje błędnej socjalizacji	8,7				2,2	0,8
	konsekwencje doświadczania agresji fizycznej i psychicznej	8,7	7,3	4,7	5,4	7,8	6,3
	Σ	67,7	82,6	82,8	78,7	84,9	81,0
O g ó ł e m		34	132	128	188	106	294

zywano przyczyny natury biologicznej (SP — 32,4%, G — 17,4%, LO / Tech — 17,2%), częściej natomiast — przyczyny natury psychologicznej (SP — 67,7%, G — 82,6%, LO / Tech — 82,8%).

W grupie biologicznych przyczyn chorób psychicznych najczęściej były wymieniane uwarunkowania genetyczne (32,1%), choroby i uszkodzenia mózgu (17,9%), konsekwencje powypadkowych uszkodzeń (17,9%), nie-

właściwy tryb życia (12,5%), powikłania towarzyszące innym chorobom (8,9%). Chłopcy częściej (37,5%) niż dziewczęta (30,0%) wskazywali na uwarunkowania genetyczne, dysfunkcje mózgu (25%, 15%). Dziewczęta z kolei częściej (20,0%) niż chłopcy (12,5%) wskazywały na konsekwencje powikłań powypadkowych i tylko one (uczennice szkół ponadgimnazjalnych) podkreśliły znaczenie niewłaściwego trybu życia w genezie chorób psychicznych. Uwzględniając wiek badanych, można zauważyć, iż z czasem rzadziej uznawano za przyczyny choroby psychicznej — choroby i uszkodzenia mózgu (SP — 36,4%, G — 21,7%, LO / Tech — 4,6%), częściej natomiast — w deklaracjach uczniów szkół ponadpodstawowych — wymieniano czynniki genetyczne.

W grupie przyczyn zachorowań natury psychologicznej najczęściej wskazywano na stresy i nieradzenie sobie z nimi (27,3%), brak satysfakcjonujących relacji z rówieśnikami (22,7%), z rodzicami (16,4%), na konsekwencje uzależnień (13,5%), skutki doświadczonej agresji (6,3%). Dziewczęta częściej (18,2%) niż chłopcy (13,3%) poszukiwały przyczyn choroby w wadliwych relacjach rodzinnych, natomiast chłopcy (15,5%) — w konsekwencjach uzależnień (dziewczęta — 12,2%) czy reperkusjach doświadczonej agresji (chłopcy — 7,8%, dziewczęta — 5,4%). Z wiekiem badanych rzadziej do przyczyn choroby psychicznej zaliczano doświadczoną agresję (SP — 8,7%, G — 7,3%, LO / Tech — 4,7%), konsekwencję depresji lub nerwicy (SP — 4,4%, G — 1,8%, LO / Tech — 1,9%). Rosła i malała częstotliwość wskazywania wśród przyczyn choroby niesatysfakcjonujących relacji rodzinnych (SP — 13,0%, G — 18,4%, LO / Tech — 15,1%), konsekwencji uzależnień (SP — 4,4%, G — 15,6%, LO / Tech — 13,3%), natomiast malała i rosła częstotliwość wymieniania wśród przyczyn choroby złych relacji z rówieśnikami (SP — 26,1%, G — 21,1%, LO / Tech — 23,6%).

Z wiekiem badani mniejsze znaczenie przypisywali czynnikom biologicznym w powstawaniu zaburzeń psychicznych, a większe — czynnikom psychologicznym. Może to dowodzić, że z wiekiem uczniowie coraz lepiej dostrzegają związki między przestrzenią, w której żyje człowiek, a jego zachowaniami i stanem zdrowia psychicznego (por. S t e m b e r i in. 1987, za: J o h n - B o r y s, 2002, s. 23). Prawdopodobnie właśnie dzięki nowym możliwościom, u których podstaw leżą operacje formalne, dorastający chłopcy, wyjaśniając genezę chorób psychicznych, potrafią uwzględnić wielość przyczyn natury psychologicznej i zależności pomiędzy nimi. Stają się zatem bardziej zdolni, by rozpatrując genezę chorób psychicznych, brać pod uwagę czynniki psychiczne — stres, kryzysy, rozwojowe i sytuacyjne, daleko idące konsekwencje uzależnień. Potrafią też wyjaśnić związki przyczynowo-skutkowe, posługując się wnioskowaniem hipotetyczno-dedukcyj-

nym (por. John-Borys, 2002, s. 24). Dorastające dziewczęta częściej niż chłopcy wyróżniały biologiczne przyczyny chorób psychicznych, co może dowodzić ich większej koncentracji na własnym ciele i na fizycznych aspektach choroby. Może wiązać się to ze skłonnością dziewcząt do poszukiwania niepokojących objawów i interpretowania ich jako zagrażających (Roldin, Salovey, 1997, za: John-Borys, 2002, s. 23).

Osoby spostrzegane przez dorastających jako podatne na zachorowanie na chorobę psychiczną

By uzyskać informacje, jakie osoby dorastająca młodzież uznawała za szczególnie podatne na utratę zdrowia psychicznego, poproszono ją o odpowiedź na pytanie: Czy, Twoim zdaniem, pewne osoby, grupy osób są bardziej, niż inne, narażone na zachorowanie na chorobę psychiczną?

W odpowiedzi na to pytanie dorastający wymienili 73 różne grupy, typy osób podatnych na zachorowania. Wyróżniono wśród nich takie kategorie osób:

- uzależnieni — alkoholicy, pracoholicy (biznesmeni), hazardziści, narkomani, osoby, które łatwo wpadają w uzależnienia, osoby odchudzające się;
- sprawcy przemocy — awanturnicy, osoby agresywne i niezrównoważone, sadyści;
- ofiary przemocy — dzieci i osoby molestowane seksualnie, dzieci bite przez rodziców;
- grupy zawodowe — lekarze, maklerzy, nauczyciele, osoby pracujące w zakładach zamkniętych, policjanci, snajperzy, politycy, posłowie, psychiatry, psychoanalitycy, sportowcy, żołnierze, którzy byli na wojnie;
- ludzie sukcesu — osoby sławne, ciężko pracujące, osoby, na których spoczywa duża odpowiedzialność;
- specyficzne typy psychologiczne — osoby ciche, zagubione, zamknięte w sobie, osoby, które odrzucają pomoc, osoby o niskim poczuciu wartości, uległe, wrażliwe, delikatne, osoby otyłe lub chude;
- samotni — osoby, które nie doznały opieki, miłości, wsparcia, które nie mają nikogo bliskiego, nie potrafią porozumieć się z innymi, osoby odrzucane i dyskryminowane;
- osoby (dzieci) z traumatycznymi przeżyciami — dzieci porzucone, wychowywane bez rodziców, z domu dziecka i domów poprawczych, z rodzin patologicznych, osoby, które miały nieszczęśliwe dzieciństwo, które nie miały prawdziwej rodziny, z rozbitych rodzin, osoby, które przeżyły tragedię, które straciły kogoś bliskiego, sieroty, wdowy, osoby, które mają problemy rodzinne;

- osoby nieradzące sobie — osoby, które często się martwią, którym nie powodzi się w życiu i mają wiele problemów, osoby nerwowe, z problemami finansowymi, bezrobotne, bezdomne, ludzie bez środków do życia;
- osoby wyróżnione ze względu na właściwości rozwojowe — dzieci, uczniowie, młodzież, osoby dorosłe, starsze, młode, które nie radzą sobie z problemami, kobiety w ciąży;
- osoby żyjące w specyficznych warunkach — osoby żyjące pod presją psychiczną, żyjące w strachu, w stresie, należące do sekt i subkultur;
- ciężko chorzy;
- nerwowi;
- słabi psychicznie;
- osoby kontaktujące się z chorymi psychicznie — jeśli np. w rodzinie był ktoś chory.

Na pytanie dotyczące podatności na zachorowanie na chorobę psychiczną 2 osoby udzieliły odpowiedzi „nie wiem”, natomiast 38 badanych nie udzieliło żadnej odpowiedzi.

Częstotliwość wymieniania różnych kategorii osób, szczególnie narażonych na zachorowanie na chorobę psychiczną przedstawiono w tabeli 6.

Z analizy uzyskanych danych, zamieszczonych w tabeli 6., wynika, że badani uznawali za najbardziej podatnych na zachorowanie: uzależnionych (16,4%), osoby mające za sobą traumatyczne doświadczenia (15,1%), samotnych (9,6%), żyjących w specyficznych warunkach (8,6%), wykonujących określone zawody (8,2%), oraz osoby o specyficznych właściwościach rozwojowych (7,5%).

Dziewczęta częściej niż chłopcy wskazywały jako bardziej skłonnych do chorób psychicznych osoby samotne (dz — 11,4%, chł — 6,1%), ofiary przemocy (dz — 5,7%, chł — 1,0%), osoby o specyficznych właściwościach: zagubione, uległe, otyłe (dz — 9,8%, chł — 3,0%). Chłopcy natomiast częściej niż dziewczęta wymieniali przedstawicieli określonych grup zawodowych — lekarzy, maklerów, nauczycieli, polityków, sportowców, żołnierzy (chł — 14,1%, dz — 5,2%), uzależnionych (chł — 18,2%, dz — 15,5%), osoby, które doświadczyły traumy — porzucone, z patologicznych rodzin, które przeżyły tragedię (chł — 20,2%, dz — 12,4%). Różnice te są istotne statystycznie (Chi kwadrat — 18,2, $p < 0,05$).

W odniesieniu do wieku badanych również zauważamy różnice istotne statystycznie (Chi kwadrat — 26,38, $p < 0,05$). Wraz z wiekiem badani częściej wskazywali jako bardziej podatnych na zachorowanie osoby uzależnione (SP — 6,5%, G — 15,7%, LO / Tech — 19,8%), sprawców przemocy (SP — 3,2%, G — 3,6%, LO / Tech — 6,6%), przedstawicieli określonych grup zawodowych (SP — 0%, G — 6,4%, LO / Tech — 12,4%), osoby żyjące w niesprzyjających warunkach (SP — 0%, G — 8,6%, LO / Tech

Tabela 6

Osoby podatne na zachorowanie na chorobę psychiczną (w procentach)

Osoby	Typ szkoły			Płeć		Σ
	SP	G	LO / Tech	dz	chł	
Uzależnieni	6,5	15,7	19,8	15,5	18,2	16,4
Sprawcy przemocy	3,2	3,6	6,6	4,7	5,1	4,8
Ofiary przemocy	16,1	2,1	3,3	5,7	1,0	4,1
Ofiary wypadków		1,4	0,8	1,55	0	1,0
Grupy zawodowe		6,4	12,4	5,2	14,1	8,2
Ludzie sukcesu		0,7	1,7	1	1,0	1,0
Specyficzne typy psychologiczne	22,6	3,6	8,3	9,8	3,0	7,5
Samotni	6,5	13,6	5,8	11,4	6,1	9,6
Osoby (dzieci) z traumatycznymi doświadczeniami	12,9	18,6	11,6	12,4	20,2	15,1
Osoby nieradzące sobie	6,5	5,7	4,1	6,2	3,0	5,1
Osoby ze względu na właściwości rozwojowe	12,9	8,6	5,0	6,7	9,1	7,5
Osoby żyjące w specyficznych warunkach		8,6	10,7	9,3	7,1	8,6
Ciężko chorzy	3,2			0,5		0,3
Nerwowi			1,7	1,0		0,7
Słabi psychicznie	6,5	6,4	3,3	4,7	6,1	5,1
Osoby kontaktujące się z chorymi psychicznie		5,0	5,0	3,6	6,1	4,5
Inne	3,2			0,5		0,3
Σ	31	140	121	193	99	292

— 10,7%), ludzi sukcesu (SP — 0%, G — 0,7%, LO / Tech — 1,7%), osoby kontaktujące się z chorymi psychicznie (SP — 0%, G i LO / Tech — po 5,0%). Coraz rzadziej natomiast wskazywali ofiary przemocy (SP — 16,1%, G — 2,1%, LO / Tech — 3,3%), osoby doświadczające kryzysów rozwojowych (SP — 12,9%, G — 8,6%, LO / Tech — 5,0%), nieradzące sobie (SP — 6,5%, G — 5,7%, LO / Tech — 4,1%), słabe psychicznie (SP — 6,5%, G — 6,4%, LO / Tech — 3,3%). Gimnazjaliści częściej niż pozostali uczniowie za podatnych na zachorowanie uznawali osoby samotne (SP — 6,5%, G — 13,6%, LO / Tech — 5,8%), osoby z traumatycznymi doświadczenia-

mi (SP — 12,9%, G — 18,6%, LO / Tech — 11,6%). Tylko uczniowie szkoły podstawowej uważali, że osoby ciężko chore są bardziej niż zdrowe narażone na zachorowanie na chorobę psychiczną.

Dorastający, wskazując okoliczności zwiększające prawdopodobieństwo zachorowania na chorobę psychiczną, dowiedli, iż są świadomi, że do zaburzeń funkcjonowania psychicznego może dochodzić na skutek interakcji wielu czynników — sprawczych i usposabiających (Sę k, 2001, s. 53, 54). Dorastający wiedzą, że ludzie są w różnym stopniu uwrażliwieni i podatni na działanie czynników uszkadzających czy to ośrodkowy układ nerwowy, czy to struktury osobowości. Stresory i krytyczne wydarzenia mogą nadmiernie obciążyć mechanizmy regulacji psychicznej człowieka. Wzory zachowań antyzdrowotnych, związane ze specyfiką wykonywanego zawodu lub preferowanego stylu życia czy specyfiką warunków życia, stanowią w percepcji dorastających poważny czynnik sprzyjający zachorowaniu psychicznemu.

Wiedza dorastających o rodzajach chorób psychicznych

Dorastający w odpowiedzi na pytanie o znane im przykłady chorób psychicznych wymienili 53 różne choroby, które pogrupowano i utworzono z nich, na podstawie klasyfikacji DSM-4, następujące kategorie:

- zaburzenia nastroju — samookaleczanie się, depresja poporodowa, depresja, zamykanie się w sobie, mania, obsesja maniakalna;
- zaburzenia lękowe — stany lękowe, fobie, nerwica, stres, klaustrofobia, obsesja, załamanie nerwowe;
- zaburzenia somatomorficzne — hipochondria;
- zaburzenia odżywiania — anoreksja, bulimia, zagłodzenie się;
- zaburzenia osobowości — nie zrównoważenie;
- schizofrenia i symptomy psychotyczne — schizofrenia, urojenia, obłąkanie, rozdwojenie jaźni, psychoza, omamy;
- dysfunkcje seksualne — pedofilia;
- parafilie — ekshibicjonizm, masochizm, sadyzm;
- zaburzenia kontroli impulsów — kleptomania,
- uzależnienia — alkoholizm, narkomania, praco holizm;
- zaburzenia umysłowe spowodowane ogólnym stanem zdrowia — zapalenie opon mózgowych, padaczka, porażenie mózgowe, epilepsja, guz mózgu;
- zaburzenia diagnozowane zwykle po raz pierwszy w dzieciństwie — ADHD, choroba sieroca, autyzm, zespół Downa, niepełnosprawność umysłowa;
- tiki — tiki nerwowe, zespół Tourette’a;
- zaburzenia snu — lunatykowanie.

Pojawiły się również odpowiedzi nieprawidłowe — anemia, AIDS, 4 odpowiedzi „nie wiem”. Częstotliwość występowania wymienionych przez dorastających chorób psychicznych przedstawiono w tabeli 7.

Tabela 7

Choroby psychiczne wymienione przez dorastających (w procentach)

Choroby psychiczne	Typ szkoły			Płeć		Σ
	SP	G	LO / Tech	dz	chł	
Zaburzenia nastroju	3,6	15,9	19,9	18,6	12,0	16,2
Zaburzenia lękowe	7,0	17,6	21,1	14,8	23,9	18,0
Zaburzenia somatomorficzne		1,1			1,7	0,6
Zaburzenia odżywiania	3,6	15,9	15,5	20,5	4,3	14,7
Zaburzenia osobowości		0,6		0,5		0,3
Schizofrenia i symptomy psychotyczne	3,6	17,6	17,1	17,1	14,5	16,2
Dysfunkcje seksualne		1,7	0,8	1,4	0,9	1,2
Parafilie		5,7		0,5	7,7	3,1
Zaburzenia kontroli impulsów			0,8	0,5		0,3
Uzależnienia		10,8	13,8	11	11,1	11,0
Zaburzenia umysłowe spowodowane ogólnym stanem zdrowia	21,4	2,8		3,8	2,6	3,4
Zaburzenia diagnozowane zwykle po raz pierwszy w dzieciństwie	50,0	7,4	9,8	8,6	18,0	11,9
Tiki	3,6	1,7	0,8	1	2,6	1,5
Zaburzenia snu			0,8	0,5		0,3
Odpowiedzi nieprawidłowe	7,1	1,1		1,4	0,9	1,2
Σ	28	176	123	210	117	327

Analizując przedstawione dane, można stwierdzić, że dorastający najczęściej wymieniali choroby zaliczone do kategorii zaburzeń lękowych (18%), zaburzeń nastroju (16,2%), schizofrenię i symptomy psychotyczne (16,2%), zaburzenia odżywiania (14,7%), zaburzenia diagnozowane zwykle po raz pierwszy w dzieciństwie — ADHD, zespół Downa (11,9%), uzależnienia (11,0%).

Dziewczeta częściej niż chłopcy wymieniały choroby zaliczone do kategorii zaburzeń nastroju (dz — 18,6%, chł — 12,0%), zaburzeń odżywiania

nia (dz — 20,5%, chł — 4,3%), schizofrenię i symptomy psychotyczne (dz — 17,1%, chł — 14,5%). Chłopcy z kolei częściej niż dziewczęta wymieniali zaburzenia lękowe (chł — 23,9%, dz — 14,8%), zaburzenia diagnozowane zwykle po raz pierwszy w dzieciństwie (chł — 18,0%, dz — 8,6%) oraz parafilie (chł — 7,7%, dz — 0,5%). Różnice te są istotne statystycznie (Chi kwadrat — 21,83, $p < 0,05$).

Z wiekiem badani częściej wymieniali, jako przykład choroby psychicznej, zaburzenia nastroju (SP — 3,6%, G — 15,9%, LO / Tech — 19,5%), zaburzenia lękowe (SP — 7%, G — 17,6%, LO / Tech — 21,1%) oraz uzależnienia (SP — 0%, G — 10,8%, LO / Tech — 13,8%). Rzadziej natomiast wskazywali tiki (SP — 3,6%, G — 1,7%, LO / Tech — 0,8%), zaburzenia diagnozowane po raz pierwszy w dzieciństwie (SP — 50%, G — 7,4%, LO / Tech — 9,8%) oraz zaburzenia wiążące się z ogólnym stanem zdrowia (SP — 21,4%, G — 2,8%, LO / Tech — 0%). Stwierdzone różnice nie osiągnęły jednak wymaganego poziomu istotności.

Częstotliwość wymieniania określonych chorób ma związek z wiekiem badanych. Uczniowie szkoły podstawowej wymieniali najczęściej choroby zaliczone do kategorii zaburzeń diagnozowanych w dzieciństwie — nadpobudliwość autyzm, chorobę Downa — być może dotknęły one ich rówieśników. Podobnie często wymieniali zaburzenia umysłowe spowodowane ogólnym stanem zdrowia — zapalenie opon mózgowych, padaczkę, porażenie mózgowe, guz mózgu, chorobę Alzheimera.

Przekonania dorastających o możliwościach wyleczenia osób chorych psychicznie

Na pytanie dotyczące możliwości wyleczenia osób chorych psychicznie uzyskano 38 różnych odpowiedzi. Wyróżniono wśród nich takie, które zawierały argumenty za możliwością wyleczenia osoby chorej psychicznie (TAK), oraz takie, które wykluczały taką możliwość (NIE).

Warunki sprzyjające wyleczeniu osoby chorej psychicznie:

- dostępność specjalistycznej pomocy — wyleczenie dzięki psychoterapii, hipnozie, oddaniu się w ręce specjalisty, wizycie u psychologa, dzięki lekom;
- doświadczanie wsparcia i pomocy ze strony bliskich — ograniczenie stresu, miłość i pomoc bliskich osób, rozmowa z tą osobą, zajęcie się czymś (sport, rozrywka, wycieczki), osoba chora potrzebuje spokoju, nie można jej denerwować;
- wola zdrowienia osoby chorej i jej wiara w wyzdrowienie — osoba chora musi uwierzyć w siebie, trzeba na to dużo wysiłku, osoba chora musi chcieć wyzdrowieć;

- stadium choroby — jeśli szybko się ją wykryje, w początkowym stadium; choroby zaawansowanej nie da się wyleczyć;
- rodzaj choroby — np. depresja jest uleczalna;
- inne — rehabilitacja, nagły zwrot w życiu, nie powinno się podawać psychotropów.

Warunki niesprzyjające wyleczeniu:

- choroba zostawia „ślad” w psychice chorego i może się ponownie uaktywnić — zawsze zostaje uszczerbek na psychice, jakiś ślad, mogą nastąpić nawroty, osoba zawsze będzie w jakimś stopniu chora, upośledzenie mózgu zostaje na całe życie;
- chorego powinno się hospitalizować — należy zamknąć taką osobę w szpitalu dla chorych psychicznie;
- inne — poważnej choroby psychicznej nie da się wyleczyć, trzeba chodzić do psychologa przez całe życie, można zmniejszyć jedynie objawy, można tylko zahamować jej rozwój lekami.

Na pytanie o możliwość wyleczenia choroby psychicznej 26 badanych nie udzieliło odpowiedzi. Częstotliwość udzielania odpowiedzi typu „TAK” i „NIE” przedstawia tabela 8.

Tabela 8

Przekonania dorastających o możliwościach wyleczenia osób chorych psychicznie (w procentach)

Możliwość wyleczenia	Typ szkoły			Płeć		Σ
	SP	G	LO/Tech	dz	chł	
TAK	69,6	49,0	34,3	49,5	41,6	46,2
NIE	30,4	51,0	65,7	50,5	58,4	53,8
Σ	23	96	67	109	77	186

Analizując przedstawione dane, można stwierdzić:

- badani nieco częściej byli przekonani, że choroby psychicznej nie można wyleczyć (53,8%), niż że jest uleczalna (46,2%);
- dziewczęta częściej (49,5%) niż chłopcy (41,6%) uważały, że chorobę psychiczną można wyleczyć, jednak stwierdzona różnica nie osiągnęła wymaganego poziomu istotności;
- wraz z wiekiem słabło przekonanie dorastających, że chorobę psychiczną można wyleczyć (SP — 69,6%; G — 49%; LO / Tech — 34,3%), różnica ta była istotna statystycznie (Chi kwadrat — 9,22, $p < 0,05$).

Można przypuszczać, że wraz z wiekiem badani byli coraz bardziej świadomi trudności w przywróceniu choremu utraconej równowagi psychicznej. Badani wiedzieli już, jak trudno osobie chorej psychicznie odzyskać utracone poczucie zrozumienia siebie i otaczającego świata.

Wiara dziewcząt — większa niż chłopców — w możliwość wyleczenia osoby chorej psychicznie budzi nadzieję, że mogą one — w razie konieczności — udzielić wsparcia osobom chorym psychicznie, podejmującym próbę powrotu do zdrowia. Przekonanie i wiara dziewcząt, że wyleczenie jest możliwe, mogą udzielić się osobom chorym psychicznie, wzmacniając ich nadzieję w wyzdrowienie.

Wiedza dorastających o możliwych formach pomocy osobom chorym psychicznie

Odpowiadając na pytanie dotyczące form pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi, badani dorastający wymienili 45 różnych sposobów pomagania chorym psychicznie. Odpowiedzi te pogrupowano i wyróżniono następujące rodzaje pomocy:

- wspieranie psychiczne chorego — należy być miłym i wyrozumiałym, nie zadawać niepotrzebnego bólu, nie denerwować tej osoby, opiekować się nią i pomagać jej, otoczyć ją miłością, dać jej dużo ciepła, pomagać w codziennych czynnościach, rozmawiać z nią, otoczyć bliskimi i normalnymi ludźmi, mieć cierpliwość do takich osób, wspierać, pocieszać, być z tą osobą, zaakceptować jej chorobę, zapewnić jej poczucie bezpieczeństwa, zaspokajać jej potrzeby, zbliżyć się do tej osoby, zmniejszyć jej cierpienie, sprawić radość, zorganizować jej czas (spacery, wycieczki);
- traktowanie chorego psychicznie jak innych chorych, zwyczajnie — nie należy przypominać jej o chorobie, trzeba traktować ją normalnie, poważnie, powoli wdrażać w realia życia codziennego, sprawić, aby czuła się potrzebna;
- niepozostawianie jej samej sobie, nieizolowanie jej;
- budowanie wiary osoby chorej w wyzdrowienie — należy przekonać ją, że może się wyleczyć, że są osoby, które mogą jej pomóc, sprawić, aby uwierzyła w siebie;
- opieka farmakologiczna — leki, pilnować, aby brała leki;
- hospitalizacja — odizolować chorego od innych, zamknąć w szpitalu, pójść z nią do ośrodka dla osób chorych psychicznie;
- kontakt ze specjalistą — wizyta u psychologa, wizyta u specjalisty psychiatry;
- psychoterapia;
- stymulowanie osoby chorej — ćwiczenia umysłowe, np. przez zabawę;
- rehabilitacja;
- modelowanie zachowania osoby chorej — dawanie przykładu swoim zachowaniem;

- umożliwianie uczestnictwa w grupie wsparcia — pomoc innych chorych, terapia grupowa;
- pomoc jest możliwa, ale niewiadoma;
- pomoc jest niemożliwa — samemu nie można pomóc osobie chorej psychicznie;
- inne — można wyleczyć osobę chorą, ale nie do końca, to wymaga czasu, zależy, co było przyczyną jej zachorowania.

Spółród badanych 5 osób udzieliło odpowiedzi „nie wiem”, a 37 dorastających nie udzieliło odpowiedzi. Częstość wymieniaania przez dorastających form pomocy osobom chorym psychicznie przedstawia tabela 9.

Tabela 9

Sposoby pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi (w procentach)

Sposoby pomocy	Typ szkoły			Płeć		Σ
	SP	G	LO / Tech	dz	chł	
Wsparcie psychiczne	44,4	42,4	41	37,8	48,4	42,2
Zwyczajne traktowanie		7,6	1,6	4,4	3,1	3,9
Niepozostawianie ich samych, nieizolowanie ich		4,6	3,3	5,6		3,3
Budowanie wiary w wyzdrowienie		3		2,2		1,3
Opieka farmakologiczna	3,7	9,1	11,5	11,1	6,25	9,1
Hospitalizacja		9,1	21,3	11,1	14,1	12,3
Kontakt ze specjalistą	11,1	15,15	8,2	10	14,1	11,7
Psychoterapia		6,1	6,6	6,7	3,1	5,2
Ćwiczenia	11,1	1,5		3,3	1,6	2,6
Rehabilitacja	3,7				1,6	0,7
Modelowanie zachowań			1,6	1,1		0,7
Uczestnictwo w grupie wsparcia			1,6	1,1		0,7
Można pomóc, ale nie wiadomo jak	14,8			2,2	3,1	2,6
Nie można pomóc	7,4			2,2		1,3
Inne	3,7	1,5	3,3	1,1	4,7	2,6
Σ	27	66	61	90	64	154

Zamieszczone w tabeli dane pozwalają stwierdzić, że badani najczęściej jako formę pomocy osobom chorym psychicznie wymieniali wsparcie psychiczne (42,0%), hospitalizowanie ich (12,3%), zapewnianie im kontaktu z specjalistą (11,7%), opiekę farmakologiczną (9,1%), psychoterapię (5,2%).

Chłopcy częściej niż dziewczęta podkreślali, że dla procesu zdrowienia osób chorych psychicznie duże znaczenie ma dostarczanie im wsparcia psychicznego (chł — 48,4%, dz — 37,8%), kontakt ze specjalistą (chł — 14,1%, dz — 10%), hospitalizacja (chł — 14,1%, dz — 11,1%). Dziewczęta natomiast, częściej niż chłopcy, podkreślały rolę leczenia farmakologicznego (dz — 11,1%, chł — 6,3%), psychoterapii (dz — 6,7%, chł — 3,1%) i stymulowania osoby chorej (dz — 3,3%, ch — 1,6%). Tylko dziewczęta zaznaczały, że osoby chorej psychicznie nie należy pozostawiać samej i izolować jej, tylko one wskazały, jakie znaczenie ma w procesie leczenia uczestniczenie osoby chorej psychicznie w grupie wsparcia oraz modelowanie jej właściwego zachowania przez dostarczenie wzorów właściwych zachowań. Omówione różnice nie osiągnęły jednak wymaganego poziomu istotności statystycznej ($p > 0,05$).

W odniesieniu do wieku badanych można zauważyć, że wraz z jego wzrostem coraz mniejsze znaczenie przypisywali oni wsparciu, jako formie pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi (SP — 44,4%, G — 42,4%, LO / Tech — 41,0%), oraz stymulacji chorych za pomocą ćwiczeń (SP — 11,1%, G — 1,5%, LO / Tech — 0%), natomiast coraz większe znaczenie przypisywali farmakoterapii (SP — 3,7%, G — 9,1%, LO / Tech — 11,5%) i hospitalizacji (SP — 0%; G — 9,1%, LO / Tech — 21,3%). Tylko uczniowie szkoły podstawowej stwierdzili, że można pomóc osobie chorej psychicznie, ale nie wiedzieli, jak to należy uczynić. Również te różnice nie osiągnęły wymaganego poziomu istotności statystycznej ($p > 0,05$).

Badani podkreślali znaczenie form pomocy zaliczonych do kategorii wsparcia psychologicznego, czyli potwierdzili, że są świadomi procesów poradności w naturalnych grupach, do których przynależy osoba chora psychicznie (por. Sęk, 2001, s. 265). Celem interakcji wspierającej jest zmniejszenie stresu lub kryzysu przez towarzyszenie, wymianę emocji, kształtowanie poczucia przynależności, bezpieczeństwa i nadziei — i takie formy pomocy zaproponowali również badani. Należy podkreślić, że były to częściej propozycje chłopców niż dziewcząt. Z wiekiem rosło przekonanie badanych o roli profesjonalnej pomocy medycznej — podkreślali oni znaczenie hospitalizacji i kontaktów ze specjalistami oraz leczenia farmakologicznego.

Tak częste wskazywanie przez dorastających wsparcia, jako formy pomocy, mogło również wynikać z faktu, że badani odnieśli pytanie o formy pomocy osobom chorym — do siebie, czyli, nieświadomie poszukując od-

powiedzi na zadane pytanie, czynili refleksję nad swoimi kompetencjami w tym zakresie. Wśród wskazanych przez badanych sposobów pomocy możemy odnaleźć i te, które przyczyniałyby się do zaspokojenia potrzeby bezpieczeństwa osób chorych oraz potrzeby miłości i przynależności.

Podsumowanie

W artykule podjęto próbę przedstawienia koncepcji choroby psychicznej — jej przyczyn, objawów, a także sposobów i możliwości leczenia zaburzeń psychicznych u uczniów i uczennic w różnym wieku.

Tworząc reprezentacje poznawcze choroby psychicznej oraz podając jej objawy, dorastający chłopcy częściej wskazywali na źródła choroby psychicznej oraz wymieniali jednostki chorobowe, symptomy psychiczne i objawy fizyczne, również częściej oceniali zachowanie osoby chorej, odnosząc je do norm. Dziewczeta natomiast raczej wymieniały konsekwencje choroby psychicznej oraz sposoby jej leczenia. Częściej także wskazywały na psychologiczne (zaburzenia procesów poznawczych) i emocjonalne (obniżenie nastroju i poczucie niskiej wartości) aspekty zaburzeń psychicznych. Chłopcy wśród czynników psychologicznych częściej wskazywali na takie emocje, jak agresja, rozdrażnienie, denerwowanie się.

Badania nie potwierdziły założenia, że dziewczeta miałyby częściej wskazywać na psychologiczne czynniki powodujące zachorowanie na chorobę psychiczną. Jak wskazują wyniki, czynniki te częściej wymieniali chłopcy. Dziewczeta większą wagę przywiązywały do niezaspokojenia potrzeby miłości i przynależności w rodzinie oraz potrzeby samorealizacji, jako czynników sprzyjających zachorowaniu. Dziewczeta częściej wskazywały również na niewłaściwy tryb życia, chłopcy natomiast na uzależnienia (por. J o h n - B o r y s, 2002).

Wskazując osoby bardziej podatne na zachorowanie, dziewczeta częściej wymieniały osoby doznające przemocy, nieradzące sobie ze stresem, osoby samotne i odznaczające się specyficznymi właściwościami. Chłopcy z kolei częściej wymieniali przedstawicieli zawodów szczególnego ryzyka oraz osoby, które doświadczyły traumatycznych przeżyć.

Wymieniając znane sobie choroby psychiczne, dziewczeta częściej wyróżniały choroby określone jako zaburzenia nastroju oraz odżywiania. Większa wiedza dziewcząt o zaburzeniach odżywiania może wynikać z faktu, że zaburzenia te częściej dotyczą dziewczeta i stanowią przedmiot ich zainteresowania. Dziewczeta bowiem przywiązują dużą wagę do wyglą-

du zewnętrznego, podejmują w związku z tym próby odchudzania się, co może powodować zaburzenia odżywiania. Chłopcy z kolei częściej wymieniali zaburzenia lękowe.

Analiza porównawcza uzyskanych wyników, wskazuje na pewną zależność między wiekiem dorastających a sposobem postrzegania choroby psychicznej. I tak młodsi dorastający (uczniowie szkoły podstawowej) w opisie osoby chorej bardziej koncentrowali się na jej stanach wewnętrznych oraz zewnętrznych oznakach fizycznych i jej aktywności. Opierali się oni głównie na obserwowalnych oznakach choroby bądź na znanych im z doświadczenia odczuciach wewnętrznych. Starsi uczniowie z kolei zwracali większą uwagę na zachowanie osoby, jej „pasowanie” do ogólnych norm społecznych oraz charakter utrzymywanych relacji z otoczeniem. Konfrontowali oni to, co obserwowali, z tym, co jest im znane, odwoływali się do obowiązujących kanonów wyglądu i zachowania oraz kontaktów interpersonalnych, co pośrednio może wiązać się z ich większym (w porównaniu z młodszymi) doświadczeniem, mieli zatem szersze spojrzenie na problem.

Poszukując przyczyn utraty zdrowia, uczniowie szkoły podstawowej częściej wskazywali na biologiczne czynniki, natomiast starsi dorastający — czynniki psychologiczne. Różnice te mogą wynikać z wiedzy i doświadczeń, jakie mają dorastający w różnym wieku.

Definiując chorobę psychiczną, młodsi dorastający częściej opisywali źródła chorób psychicznych oraz wymieniali jednostki choroby i ich symptomy, starsi natomiast częściej koncentrowali się na oznakach wykazujących „niepasowanie” do normy społecznej i kulturowej, a także przedstawiali konsekwencje choroby psychicznej. Wymieniając objawy choroby psychicznej, starsi dorastający większą wagę przywiązywali do psychologicznych jej wskaźników. Uczniowie ze szkoły podstawowej z kolei bardziej skupiali się na specyficznych oznakach fizycznych. Nie było znaczących różnic w ocenie zachowania osób chorych psychicznie, której dokonali dorastający w różnym wieku.

Można zauważyć związek pomiędzy wiekiem badanych a sposobem określania przez nich podatności zachorowania na chorobę psychiczną. Młodsi dorastający częściej zwracali uwagę na uwarunkowania biologiczne, starsi natomiast na czynniki psychologiczne. Wymieniając grupy osób podatnych na zachorowanie, młodsi uczniowie częściej wskazywali na osoby, które cechują się pewnymi właściwościami (rozwojowymi oraz osobowościowymi), starsi z kolei — na osoby uzależnione, przedstawiciele określonych grup zawodowych oraz na osoby prowadzące określony tryb życia.

Wymieniając znane sobie choroby psychiczne, młodsi badani częściej udzielali błędnych odpowiedzi i równocześnie częściej niż starsi deklaro-

wali, że znają osobę chorą psychicznie. Należy przypuszczać, że ich niewystarczająca znajomość zaburzeń psychicznych może sprawiać, że częściej uznają oni za chore psychicznie osoby, które w rzeczywistości zaburzone nie są. Również częściej wskazywali na zaburzenia umysłowe spowodowane ogólnym stanem zdrowia oraz diagnozowane w dzieciństwie. Może to wynikać z tego, że koncentrowali się oni bardziej na czynnikach biologicznych. Starsi dorastający natomiast częściej wymieniali choroby, które można uznać za zaburzenie psychiczne lub jego przejaw (gdyż zwykle pojawiały się określenia potoczne, a nie fachowe nazewnictwo). W swych odpowiedziach najczęściej podawali zaburzenia nastroju, lękowe, schizofrenię i symptomy psychotyczne.

Młodszy dorastający częściej uważali chorobę psychiczną za uleczalną i podawali formy pomocy, np. oparte na rehabilitacji. Z kolei starsi zwykle byli zdania, że nie można wyleczyć choroby psychicznej, a metody leczenia, jakie proponowali, to farmakologia i hospitalizacja.

Zgodnie z założeniami teorii rozwoju psychicznego Jeana Piageta (1996; John-Borys, 2002) z wiekiem dorastający konstruują bardziej prawidłowe koncepcje choroby psychicznej i zdrowia. Nabierają większego doświadczenia, potrafią spojrzeć na problem z różnych perspektyw i łączyć informacje pochodzące z rozmaitych źródeł (Hurlock, 1985). Ich myślenie staje się bardziej elastyczne i rzeczowe.

Można przyjąć na podstawie przeprowadzonych badań, że zaobserwowane różnice w tworzeniu koncepcji zdrowia i choroby psychicznej przez dorastających wynikają z przyrostu wiedzy ogólnej i większej złożoności schematów poznawczych oraz doświadczeń społecznych.

Literatura

- Brzezińska A., 2000: *Spółeczna psychologia rozwoju*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Brzozowski P., 1989: *Skala Wartości (SW). Polska adaptacja Value Survey M. Roakeacha*. Warszawa: Laboratorium Technik Diagnostycznych PTP.
- Bulla B., 2004: *Spójność rodziny a stosunek dorastających do wartości*. W: *Spójność rodziny a jej obraz w oczach dorastających*. Red. M. John-Borys. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, s. 125—145.
- Czabała J.Cz., 1999: *Norma a patologia*. W: *Psychologia*. Red. J. Strelau. T. 3. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, s. 560—565.
- Czabała J.Cz., 2000: *Zdrowie psychiczne — zagrożenia i promocja*. Warszawa: Instytut Psychologii i Neurologii.
- Dąbrowski K., 1979: *Zdrowie psychiczne*. Warszawa: PIW.

- Dolińska-Zygmunt G., 2001: *Podstawy psychologii zdrowia*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Gaweł A., 2006: *Zdrowie w perspektywie pedagogicznej. Indywidualne wybory i społeczne interesy*. W: *Zdrowie. Wartość. Edukacja*. Red. M. Kowalski, A. Gaweł. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”, s. 109—219.
- Grzywak-Kaczyńska M., 1975: *Psychologia dla każdego*. Warszawa: PAX.
- Hurlock E., 1985: *Rozwój dziecka*. Warszawa: PWN.
- John-Borys M., 2002: *Koncepcja zdrowia i choroby u dorastających*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Kowalski M., 2006: *Zdrowie i kultura zdrowotna – różne perspektywy poznawcze*. W: *Zdrowie. Wartość. Edukacja*. Red. M. Kowalski, A. Gaweł. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”, s. 15—109.
- Płonka A., 2006: *Doświadczenia rodzinne dorastających i ich wpływ na rozumienie zdrowia psychicznego i choroby psychicznej*. Praca magisterska. Uniwersytet Śląski. Katowice, maszynopis.
- Sęk H., 2001: *Wprowadzenie do psychologii klinicznej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Wojciszke B., 1999: *Człowiek w relacji z innymi*. W: *Psychologia*. Red. J. Strelau. T. 3, s. 25—77. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Wyczęsany J., 2002: *Wartości jako źródło poglądów młodzieży na temat osób niepełnosprawnych*. Dostępne: [http:// www. Wsp. Krakow.pl/konspekt](http://www.Wsp.Krakow.pl/konspekt)